CAJA BANCARIA ESTATAL DE SALUD

	Fecha:			
Departamento		*Dia*	*Mes*	*Año*

SEÑORES:
DEPARTAMENTO DE AFILIACIONES
Presente:

VALIDEZ DEL FORM. 60 DIAS

Para proceder a la afiliación de beneficiarios, la C.B.E.S. solicita a Ud.(s) certificar en sus registros si se hallan inscritos las personas a continuación detalladas:

CONDICION	Nombres	Ap. Paterno	Ap. Materno	Fecha de Nac.
TITULAR DEL SEGURO				
BENEFICIARIO (Verificar)				
BENEFICIARIO (Verificar)				
BENEFICIARIO (Verificar)				
BENEFICIARIO (Verificar)				
BENEFICIARIO (Verificar)				
BENEFICIARIO (Verificar)				

El presente formulario queda NULO si los datos registrados en el no coinciden con el certificado de nacimiento o si se hubieran hecho raspaduras, borrones o enmiendas.

INSTITUCION DE SEGURIDAD SOCIAL	CALIF. BENEFICIARIO		FIRMA Y SELLO DEL FUNCIONARIO
	SI	NO	
CAJA NACIONAL DE SALUD			
CAJA PETROLERA DE SALUD			
LISTA PASIVAS - SENASIR			
SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO			
C O S S M I L			
CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA (Imprimir el certificado de no afiliado Ingresando al portal web: www.csbp.com.bo)			
SEGURO SOCIAL CORPORACION DE DESARROLLO			
SEGURO MEDICO POLICIAL			
CAJA DE SALUD DE CAMINOS			

Direccion La Paz: Calle Panamá N° 1162 - Av. Iturralde, Esq. Juan Espinoza; Teléfonos: 2228964 - 2228965 - 2228360 - Fax: 2226791